

بررسی برخی از بیماریهای مربوط به لب قدامی

غدۀ هیپوفیز

* دکتر امان الله رفوآه

ابتدا هیپوتیروئیدیسم اولیه و ثانویه را شرح میدهیم :

برای تشخیص این عارضه ، فعالیت هورمون تیرئواستیمولینگ (TSH) را
بطريق زیر معلوم میسازند :

اول مقدار جذب ^{131}I و PBI را معلوم کرده سپس ۵ تا ۱۰ واحد TSH را
از راه تزریق عضلانی برای دو تا سه روز متوالی بکار میبرند بعد مقدار جذب ^{131}I
و PBI را معین میکنند . در اشخاص سالم TSH مقدار PBI را میافزاید زیرا مقداری
هورمن که در فولیکولهای تیروئید بصورت کولوئید قرارداد خارج میشود و همچنین
مقدار جذب ید رادیواکتیو هم اضافه میشود .

در هیپوتیروئیدی اولیه خود تیروئید اختلال داشته و مقدار PBI و جذب ید
رادیواکتیو حتی پس از تزریق TSH هم زیاد نمیشود . در هیپوتیروئیدی هیپوفیزی
وجذب ید رادیواکتیو مثل میکسدم اولیه پائین نبوده و پس از تزریق TSH مقدار
ید رادیواکتیو خیلی بالا رفته و تاندازهای PBI هم زیاد میشود .

مقدار TSH سرم خسون را نیز میتوان با وسائل بیولوژیکی بعمل آورد
معمولا در میکسدم اولیه مقدار آن بالاست مگر آنکه هیپوفیز بعلت میکسدم اختلال
حاصل کند در این موارد اگر مقادیر کمی عصاره تیروئید داده شود مقدار TSH اضافه

* - دانشیار دانشکده پزشکی تهران .

خواهد شد.

درمان - بعلت اثربکنواخت «ال_تیروکسین» برخود تیروئید رجحان دارد. در ابتدا ۵/۰ میلیگرم در روز برای سه هفته به بیمار میدهند بعد مقدار آنرا به ۱/۰ میلیگرم و پس از سه هفته به ۱۵/۰ میلیگرم و بعداً به ۲۰/۰ میلیگرم میرسانند که مقدار کافی و لازم برای درمان جانشینی است. علل مختلفی برای این اضافه نمودن تدریجی دارو وجود دارد. بطور کلی بدن انسان و خصوصاً قلب باید بتدریج بمتابلیسم بیشتری عادت نماید. همچنین چون عدم کفايت TSH بنهایی خبلی نادر است وضع سورنال را باید همیشه در نظر داشت در حقیقت حتی در میکسدم اولیه ممکن است ترشح ACTH نقصان داشته باشد. در هر حال سورنال که در یک بیمار میکسدما تو طبیعی بنظر میرسد پس از بالا رفتن متابلیسم بعلت درمان ممکنست از خود نقصان و عدم کفايت نشان دهد از اینرو در موارد احتمالی که سورنال نتواند در مقابل بالارفتن متابلیسم وظایف خود را بطور طبیعی انجام دهد باید داروهای کورتیکوئید را توأم با تیروکسین تجویز نمود مثلاً پردنیزون را بمقدار ۵/۲ میلیگرم و یاد کساماتازون را بمقدار ۳۷۵/۰ میلیگرم ۲ تا سه دفعه در روز به بیمار میدهنند. در میکسدم اولیه بر حسب بهبودی حالت هیپوفیز مقدار کورتیکوئیدها را بتدریج کم مینمایند ولی در میکسدم ثانوی (هیپوفیزی) لازمست آنرا تا آخر عمر ادامه داد.

عدم کفايت آدرنو کورتیکال ثانوي

هورمون آدرنو کورتیکوتروپین (ACTH) قسمت پوششی غده سورنال را تحریک کرده و ترشح کورتیزول و ۱۷ استروئید و سایر هورمونهای این قسمت از سورنال را اضافه میکند فقط آلدوسترون از این افزایش استثناء است زیرا تقریباً ACTH در روی آن تأثیری ندارد. کورتیزول اثر کم کننده‌ای در روی ACTH دارد ولذا اگر آنرا مدت طولانی تجویز کنند ممکنست سبب نقصان ACTH شود و این را بخصوص در مورد بیمارانی که باید تحت عمل جراحی و یا تحت شرایط سخت دیگری قرار گیرند باید در نظر داشت و در این موارد کورتیزول را ادامه داد و حتی مقدار آنرا

نیز زیادتر نمود.

تشخیص افتراقی عدم کفايت اولیه و ثانویه سورناال

برای این کار ACTH بطریقه زیربکار میروند: ۲۵ واحد ACTH در ۵۰۰ سانتی متر مکعب سرم فیزیولژیک در ظرف ۸ ساعت داخل رگ تزریق میشود (در دو روز متوالی). ادرار ۲۴ ساعت را روز قبل از آزمایش و در روزهای تزریق بطور جداگانه امتحان میکنند. بطور طبیعی مقدار ۱۷ هیدروکسی کورتیکو استروئید سه تا پنج مرتبه در روز اول زیاد شده و در روز دوم نیز بیشتر میگردد ولی در بیمارانیکه عدم کفايت سورناال آنها بعلت هیپوپیتوئی تاریسم است در روز اول کمی و در روز دوم بمقدار خیلی بیشتر اضافه میگردد. لکن در بیمارانیکه چار عدم کفايت اولیه سورناال میباشد بهیچوجه اضافه نمیشود.

آزمایش متوفیرون برای تشخیص عدم کفايت ترشح ACTH هیپوفیز قدامی بکار میروند زیرا متوفیرون (یا METYRAPONE) باعث ممانعت از تبدیل ۱۱-دزاکسی کورتیزول به کورتیزل در سورناال میشود و در نتیجه کمبود کورتیزول، مانع طبیعی برای ترشح ACTH از بین میروند. برای این آزمایش بشرح زیر عمل میکنند:

ادرار ۲۴ ساعت روز قبل از آزمایش را برای تعیین ۱۷ هیدروکسی کورتیکوئید جمع مینمایند، در روز امتحان ۳۰ میلیگرم متوفیرون برای هر کیلوگرام وزن را در یک لیتر سرم فیزیولژیک در عرض چهار ساعت معمولاً از ساعت ۸ صبح داخل رگ تزریق مینمایند و روز بعد از ساعت ۸ صبح ادرار ۲۴ ساعت را برای تعیین استروئید های ادراری جمع میکنند. متوفیرون را میتوان از راه دهانی هردفعه بمقدار ۷۵۰ میلیگرم هر چهار ساعت یعنی ۶ دفعه در ۲۴ ساعت تجویز نمود و حتی آنرا در روز بعدهم تکرار نمود ولی این عمل کمتر لازم میشود. وقتی متوفیرون تجویز شود مقدار ACTH در اشخاص طبیعی خیلی زیاد و در نتیجه ۱۷ هیدروکسی کورتیکوئید در ادرار در اثر مواد مختلفه شبیه کورتیزول اضافه میگردد. در عدم کفايت ثانوی سورناال ۱۷ هیدروکسی کورتیکوئید بمقدار خیلی کم بالا رفته و گاهی هرگز تغییر نمیکند زیرا

هیپوفیز نمیتواند با وجود نبودن مانعی چون کورتیزول بر فعالیت خود بیافزاید. علائم بیماری- نشانه‌های عدم کفاایت ثانوی سورناال شامل ضعف، آکلریدری و هیپوتانسیون خفیف بوده و مقدار قندخون و هموگلبین و تعداد گلبو لهای قرمز کاهش یافته ولی الکتروولیت‌ها در حدود طبیعی باقی میمانند.

درمان - بیماران معمولاً دارای ترشح کافی آلدوسترون هستند از اینرو نیازی بداروی نگاهدارنده نمک ندارند لذا کورتیکوئیدهای را مانند پردنیزون که دارای چنین خاصیتی نیستند بمقدار ۵/۲ میلیگرم ساعت‌هشت صبح و چهار بعد از ظهر مطابق زمان ترشح طبیعی کورتیکوئیدهای بدن تجویز میکنند و یادکسا متازون بمقدار ۳۷۵/ میلیگرم مطابق روش فوق داده میشود. برای کسانی که کارزیاده اند ندویات تحت شرایط مشکل و سختی بسر میبرند باید یک دز خوراکی نیز ظهرها تجویز شود ولی مقایر بیشتر دارو را در هنگام تب و یا عمل جراحی و یا ضربه باید داد. مسلمان در مواردی که خطر عدم کفاایت در کار باشد بهتر است دارو را بمقدار بیشتری داد. بهترین علامت برای متعادل کردن مقدار دارو آنست که بیمار را بین حال استفراغ که دلیل بر کمی دارو است و بی خوابی که علامت زیادی آن میباشد قرار داد.

هیپوپیتوئی تاریسم شدید

هیپوپیتوئی تاریسم ممکنست بشکل خیلی خفیف باشد که در آن فقط یک نوع سلول هیپوفیز خراب شده و یا بشکل بسیار شدید که تمام هیپوفیز از بین رفته است دیده شود (این موارد را با اسم پانهیپوپیتوئی تاریسم نامیده‌اند و حال آنکه باید این اسم را بمواردی اطلاق کرد که هیپوفیز خلفی هم مختل باشد) بطور کلی انواع خفیف تر هیپوپیتوئی تاریسم بواسیله گرانولوم یا تومری تولید میشود که بتدریج به محیط خود یعنی غده طبیعی فشار می‌آورد. هیپوپیتوئی تاریسم شدید ناگهانی بعلت انفارکتوس است. نارسائی خفیف هیپوفیز قدامی در نکروزهای بعد از زایمان و آدنوم کروموفوب و کرانیوفارنژیوم و نبودن مادرزادی سلوالهای دلتا (گونادوتروپ‌ها) و گرانولوم دیده میشود.

نارسائی خفیف در مردان تولید کم شدن لیبیدو و نبودن اسپرماتوزوئید واژین- رفتن موی بدن و صورت و در زنان هم سبب کمی لیبیدو و آمنوره میشود ولی تیروئید و سورنال و پیگمانتسیون پوست و رشد و نمو طبیعی بوده فقط نارسائی گونادوتروپین ها موجود است . در بچه ها موجب طولانی شدن استخوان های دراز و عقب افتادن بلوغ میشود (خواجگی) ولی در نارسائی های متوسط علاوه بر این هیپوتیروئیدیسم (که گاهی سبب اختلال رشد و نمو میشود) و نارسائی سورنال که فقط در هنگام استرس ها و بیماری و اعمال جراحی ظاهر میشود در درجات مختلفی از پریدگی رنگ پوست وجود دارد . ولی در نارسائی شدید علاوه بر این Dwarfism ، ضعف عضلانی ، کوچک بودن اعضاء و احساسه و هیپوگلیسمی اضافه میشود . در پان هیپوپیتوئی تاریسم دیابت بی مزه نیز با اختلالات علاوه می گردد (بطور پنهانی مگر آنکه هورمون های کورتیکو- سورنال وجود داشته باشند و یا تجویز گردند .)

مواردی که با هیپوپیتوئی تاریسم اشتباه میشوند .

این موارد عبارتند از آنورکسی نوروزا و آمنوره هیپوتالامیک و دیستروفی آدیپوزوژنیتال .

آنورکسی نوروزا :

این حالت بیشتر در دختران بالغ عصبی دیده میشود که در آنها لاغری مفرط و آمنوره وجود دارد بدون اینکه بیماری در هیپوفیز یا نقطه دیگری از بدن وجود داشته باشد ولی بجای آنکه این افراد با این همه لاغری بیحال و سست باشند بر عکس فعال و بی قرار و سریع وزنگ و پرخاشجو هستند و تاموقعیکه بعلت لاغری بسیار زیاد مجبور به خوابیدن نشوند خود را مریض نمیدانند . لاغری بیشتر بعلت تنفس از غذاست تا کمی اشتها و این بیماران هم اعتراف دارند که تمايل بعدها هیچ وقت از بین نرفته است ولی حس تنفس از غذا قوی تر از گرسنگی میباشد و اگر غذا را بزور بخورند اغلب آنرا استفراغ میکنند . آمنوره گاهی زود شروع شده و زمانی پس از لاغر شدن پدیدار می گردد و در موارد مشخص حرارت بدن و فشار خون پائین بوده و حرکات

وسالم تبدیل میشوند.

درمان - این بیماران در موقع بلوغ بهتر میشوند ولی با وجود این بخصوص اگر بلوغ دیر حاصل شود و بیمار والدینش مضطرب و ناراحت بوده و بخواهند بدانند که بالاخره قضايا بخوبی خاتمه خواهد یافت یانه، در این موارد گونادوتروپین و یا هورمونهای جانشینی را بمدت کوتاه تجویز مینمایند. گوینکه این عمل بندرت ممکنست لزومی داشته باشد ولی اگر مریض را قبل از زمان بلوغ، که اغلب چنین است، به بینیم مهمترین مسئله کم کردن وزن میباشد. این بیماران اغلب غیرفعال بوده و باید آنها را به ورزش تشویق نمود ولی چون غالباً مورد مسخره واستهza رفایشان هستند بهتر است بطور دسته جمعی ورزش نکنند و رژیم غذائی برای کم کردن کالری داشته باشند. گاهی داروهای کم کننده اشتها لازم است ولی اکثرآ چاقی با بلند شدن قد در موقع بلوغ بر طرف می گردد.

اگر این ناراحتی ها در اثر تومر و یا سایر آزارهای ناحیه هیپوتالامیک یا هیپوفیز باشد ترشح هورمونهای TSH و STH و ACTH ممکنست نقصان یافته و گونادوتروپین نیز کم شود و چون مرکز هیپوتالامیک اشتها را فراگرفته از این روش بیماران چاق میشوند ولی در مورد اختلالات فونکسیونل هیپوتالامیک ترشح هورمونهای ACTH و STH و TSH کمتر از طبیعی بوده ولی گونادوتروپین دیر ترشح میشود و اغلب بمردان سالم و طبیعی تبدیل میشوند.

هیپوپیتوئیتاریسم

مدتها تصور میکردند که بیماری گراو بازدو در اثر زیادی ترشح TSH از هیپوفیز میباشد ولی امروزه معلوم شده که هیپوفیز در ایجاد این بیماری تیروئید بعل مختلفی که در ذیل ذکر میشود سهیم نمیباشد زیرا یک ماده محرک که تیروئید در سرم بیماران گراو بازدو وجود دارد که وقتی بخواکچه هندی و یاموش تزریق شود اثرش با TSH فرق دارد زیرا اثر TSH در تیروئید برای خروج ^{131}I حداکثر سه ساعت است ولی با تزریق ماده مزبور ۱۲ تا ۱۶ ساعت طول می کشد تا این ماده حداکثر

اثر خود را ظاهر سازد لذا آنرا بنام محرک تیروئید طولانی الاثر (LATS) نامیده‌اند و منشاء خارج هیپوفیزی و شاید هیپوتالامیک دارد زیرا از هیپوفیز بیماران گراو بازدو که فوت کرده‌اند قابل استخراج نیست. این ماده بعد از برداشتن هیپوفیز تامدت یکسال در سرم وجود دارد از طرف دیگر در بیماری گراو بازدو بعوض اینکه فعالیت سلول‌های بتا ۲ که مرکز ترشح TSH هستند بیشتر شود بر عکس از فعالیت آن کاسته می‌گردد از این‌رو بنظر میرسد که هیپوفیز در تو لید بیماری گراو بازدو اثری نداشته باشد. هیپر-پیتوئیتاریسم اغلب در اثر پیدایش آدنوم و تومر بوده و یکی از تظاهرات آن بیماری کوشینگ است که در آن ACTH اضافی باعث از دیاباد فعالیت سورنال می‌شود. ژیگانتیسم واکرومگالی نیز که بعلت ادنومهای اسیدوفیل ایجاد می‌گردند از تظاهرات هیپرپیتوئیتاریسم محسوب می‌شوند.

ژیگانتیسم

اثرات بغرنج و پیچیده هورمون رشد و نمو در روی متابلیسم مواد سفیده‌ای و هیدروکربن و چربی خارج از این بحث بوده و کافی است بگوئیم که استعمال روزانه یک تاده میلیگرم هورمون رشد و نمو انسانی یا میمون (ولی نه سایر حیوانات) تعادل از تی بدن را شدیداً ثابت می‌سازد و مقدار اوره پلاسمای وادرار را کم می‌کند. علاوه بر آن باعث احتباس سدیم، کلسیم، فسفر و سایر یون‌های معدنی می‌شود. اگر پانکر آس طبیعی باشد مقدار قند بالانمیروند ولی در بیماران دیابتیک مقدار قند خون اضافه شده و در ادرار، قند و استن ظاهر می‌شود. اثر بالینی هورمون رشد و نمو بخوبی در تفاوتی که بین کوتوله‌های هیپوفیزی و غولها و آکرومگالها وجود دارد مشهود است.

ژیگانتیسم در اثر زیادی هورمون رشد و نمو در جوانها بخصوص جنس مذکور (قبل از بسته شدن اپی فیز استخوانهای دراز) تولید می‌شود. بلند شدن زیاد قدر در خواجه‌ها هم دیده می‌شود زیرا در آنها نیز بعلت دیر بسته شدن اپی فیز استخوانها هورمون رشد و نمو مدتی طولانی بتأثیر خود ادامه میدهد ولی طول قداین خواجه‌ها هیچ‌گاه مانند غولهای هیپوفیزی به ۲۱۰ تا ۲۴۵ سانتی‌متر نمیرسد. رشد غیرطبیعی اغلب پنهانی بوده و در

کودکی شروع میشود. صفات آکرومگالی ممکنست در غولهای نابالغ بعلت رشد طولی و عرضی استخوانها دیده شود.

آکرومگالی

بعد از بسته شدن اپیفیزها دیگر استخوانها از طول اضافه نشده و فقط از دیاد هورمون رشد و نمو، جثه آنها را در جهت عرضی بزرگ مینماید گوینکه کلمه آکرومگالی به بزرگ بودن غیرعادی انتهایا اطلاق میشود ولی در حقیقت تمام انساج را فرامیگیرد. صورت خشن، لبها و بینی بسیار بزرگ شده، سراسر پوست بدن بخصوص پیشانی کلفت و چین دار گردیده، فولیکولهای مو و غدد چربی و عرق از لحاظ تعداد و اندازه افزایش یافته، زبان بزرگ شده و سینوسهای صورت عریض میگردد. رشد اضافی استخوانهای ستون فقرات را تغییر شکل داده و در مفاصل آزارهای دژنراتیو پیدا میشود. اثر بیماری در روی تخدمان و بیضه‌ها متفاوت است. در ابتدا بیماری تخدمانها و بیضه‌ها بزرگ بوده ولی بعدها بعلت نقصان گونادوتروپین و فشار تو مر در روی هیپوفیز کوچک میشوند. با پیشرفت بیماری تحریکات جنسی کمتر شده وزنان دیگر قاعده نمی‌شوند. در مردان حس شهوت و قوه باه از بین می‌رود. بعلت شباهت پرولاکتین با هورمون رشد و نمو، برخی از زنان آکرومگال ممکنست دچار گالاکتوره شوند. تقریباً یک چهارم آکرومگالها مبتلا به دیابت شده و یک سوم یا بیشتر آنها قابلیت تحملشان نسبت بقند کم میشود. بندرت ممکنست شکایت مهم بیمار پلی اوری و عطش بعلت بیماری قند باشد. بیماران گاهی نسبت بansonولین مقاوم‌اند شاید این پدیده بعلت وجود مقادیر زیاد مواد ضد انسولینی باشد که در اثر هورمون رشد و نمو تولید میشود. گوینکه این بیماران اغلب از عدم تحمل به گرمای و تعرق زیاد شکایت دارند ولی تعداد خیلی کم شاید کمتر از ۵٪ آنها هیپر تیروئیدی هم دارند. سورناال معمولاً طبیعی است گرچه بعضی از زنانها ممکن است مبتلا به ویریلیسم همراه با آکرومگالی باشند و ۱۷ استروئید ادرار آنها که منشاء سورناالی دارد بیش از اندازه باشد.

بیماری اشتین لونتال با قاعده‌گی نامرتب همراه آکرومگالی دیده شده است.

سنگهای کلیوی ممکنست با آکرومگالی دیده شود که گاهی در نتیجه هیپرپاراتیروثیدیسم وجود می‌آیند.

دوره آکرومگالی و تعداد اختلالات توأم با آن و علت مرگ بسیار متفاوت است. اغلب آکرومگالها سالم و فعال بوده و ناراحتی و اختلالات و فشار عصبی ندارند. مگر اینکه بیمارانی حساس بوده و از بزرگی قیافه خود شاکی باشند. گاهی سردرد که در دو طرف پیشانی و یا شقیقه پیدا می‌شود باعث ناراحتی بیمار می‌گردد. باید دانست که در هر موقعی از دوره بیماری تو مر مربوطه ممکنست غیر فعال شود، گواینکه رشد غیرعادی و تغییر شکلها افزایش نیافته ولی تغییرات حاصله موجود بهبودی حاصل نمی‌کند. در این بیماران حتی دیابت دائمی پیدا می‌شود زیرا سلولهای بتا پانکراس بعلت تحریکات زیاد نحسه شده‌اند. کفايت سایر هورمونهای هیپوفیزی بستگی بمقدار فشار غده در روی هیپوفیز دارد و اگر رشد غده بموضع و زود قطع شود ممکنست مقدار هورمونهای هیپوفیزی کاملاً طبیعی باشند.

تشخیص: در اغلب موارد با چشم می‌توان تشخیص داد. متأسفانه هنوز طریقه مطمئنی برای تعیین مقدار هورمون رشد و نمو وجود ندارد گواینکه روش رادیو-ایمونولوژیک امیدوار کننده بنظر میرسد ولی بالارفتن فسفر غیرآلی سرم (بطور ناشتا) ممکنست نشانه غیر مستقیم زیاد بودن هورمون رشد و نمو باشد. در هر صورت فعالیت تو مر از روی سرعت رشد و نمو و تغییر شکلها معلوم می‌شود. زینتر کی اغلب ولی نه بطور ثابت بزرگ شده و رادیوگرافی جمجمه ضخیم شدن دیواره‌های استخوانی و عریض شدن سینوس‌ها را نشان میدهد.

میدان دید را باید گاه‌گاهی تعیین کرد زیرا فشار در روی عصب بینائی ممکن است مستلزم عمل جراحی گردد. (ارتباط بین هیپوفیز و عصب بینائی)

درمان: چون بیماران بظاهر سالم هستند اغلب آکرومگالها و غولها کمتر زیربار عمل جراحی می‌روند مگر آنکه قوه بینائیشان کم شده باشد بهمین علت اکثر آنها رادیو تراپی مینمایند. از آنجاییکه با طرق جدید کمتر از نصف بیماران معالجه

میشوند لذا بارادیو تراپی این بیماران چیزی را از دست نداده اند بخصوص که عمل جراحی را هر موقع که بعداً لازم باشد میتوان انجام داد. راه عمل معمولی از زیر پیشانی است که اعصاب بینائی را بخوبی نشان میدهد. راه اسفنتی دی از طریق سوراخهای بینی در مورد تو مورهای قابل استفاده است که از بالا قابل بریدن نیستند. در اغلب موارد آکرومگالی فشاری که قبل از عمل بر روی غده هیپوفیزو وارد میشود برای نمایان ساختن علائم نارسائی سورنال بطور واضح کافی نیست ولی بعلت زیاد شدن متابلیسم در ضمن و بعد از عمل جراحی، استعمال هیدروکورتیزون واجب است بخصوص اگر ذخیره هیپوفیز غیر کافی باشد باید هیدروکورتیزون را بمقدار ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل بکار برد و بتدریج مقدار آنرا کم کرد و به ۵۰ میلیگرم در روز رساند و پس از یک هفته دز مداوم ۲/۵ میلیگرم پردنیزون را سه دفعه در روز تجویز نمود. اگر تیروئید هم بعد از عمل نارسائی پیدا کند باید در نظر داشت که ذخیره سورنال هم کم میشود از این رو در این موارد پردنیزون را مدام العمر باید بکار برد. در غیر این صورت مقدار تجویز آنرا هر هفته ۵/۲ میلیگرم کاهش میدهیم. اگر نسبت بمیزان ذخیره سورنال مشکوک باشیم باید با آزمایش متواپرون در حالی که بیمار برای یک هفته هیچ استروئیدی بکار نبرده است این تردید را بر طرف نمائیم. این اصول را در تمام اعمال جراحی هیپوفیز میتوان انجام داد.

با وجودی که غده هیپوفیز بسیار مهم میباشد معهداً وجود آن حتمی و ضروری نیست و چه بسا بیمارانی که عدم کفایت کامل هیپوفیزی دارند و بادان هورمونهای جانشینی مربوطه با میزانهای لازمه زنده مانده و حتی نیرومند و با نشاط میباشند.

خلاصه

در این مقاله برخی از بیماریهای لب قدامی غده هیپوفیز مورد بحث قرار گرفته و در نتیجه هیپوپیتوئی تاریسم، عدم کفایت ثانویه غده سورنال، هیپوتیروئیدی، آنورکسی نوروزا، دیستروفی آدیپوزوژنیتال، ژیگانتیسم و آکرومگالی شرح داده شده است.

Summary

In this article a brief discussion is made on some of the diseases of anterior lobe of pituitary gland.

The hypothyroidism, secondary adrenocortical deficiency, severe hypopituitarism, anorexia nervosa, adiposogenital dystrophy, gigantism, and acromegaly are also discussed.

Résumé:

Quelques maladies du lobe antérieur de l'hypophyse sont discutées; puis l'hypopituitarisme, l'insuffisance secondaire des glandes surrénales, l'hypothyroïdie, l'anorexie nerveuse, la dystrophie adiposogénitale, le gigantisme et l'acromégalie sont décrits.

References:

- 1- Williams, Textbook of Endocrinology, 1962, W. B. Saunders Co., London, 235-251-41-571-902,
- 2 - Ciba Corporation, Clinical Symposia, 1963, U.S.A., 71-98.
- 3 - Herbert S. Kupperman, Human Endocrinology, 1963, F. A. Daves Co., U.S.A., 650-689-153-194-30-132-900-925.